

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –  
FACENE/RN

MARIA TAVARES GUERREIRO DAVI

**PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DURANTE O PRÉ-NATAL:  
DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

**MOSSORÓ**

**2010**

MARIA TAVARES GUERREIRO DAVI

**PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DURANTE O PRÉ-NATAL:  
DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

Monografia apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Esp. Lorrainy Solano

**MOSSORÓ  
2010**

C87p

Davi, Maria Tavares Guerreiro.

Participação do acompanhante durante o pré-natal: desafio para a enfermagem / Maria Tavares Guerreiro Davi. – Mossoró, 2010.

57f.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Esp. Lorryne Solano.

Monografia (Graduação em Enfermagem) –  
Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

MARIA TAVARES GUERREIRO DAVI

**PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DURANTE O PRÉ-NATAL:  
DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

Monografia apresentado pela aluna Maria Tavares Guerreiro Davi, do Curso de Graduação de Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Lorrainy da Cruz Solano (FACENE/RN)  
(ORIENTADORA)

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Patrícia Helena de Morais Cruz Martins (FACENE/RN)  
(MEMBRO)

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)  
(MEMBRO)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os que, de forma direta ou indireta, ajudaram-me em sua conclusão.

De forma especial, a minha família pela compreensão e apoio.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus.

A minha família, pela confiança e apoio.

A todos os amigos e colegas de curso que estiveram juntos por toda a jornada.

Ao amigo e companheiro, Edson Medeiros.

As gestantes que fizeram parte desta pesquisa.

A minha orientadora, Lorrainy Solano, pela paciência e dedicação em suas orientações.

A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE.

As professoras Patrícia Helena e Karla Simões, que fizeram parte da banca examinadora.

“Se não houve frutos, valeu a beleza das flores; se não houve flores, valeu a sombra das folhas; se não houve folhas, valeu a intenção da semente”.  
(HENFIL, 1984)

## RESUMO

A gravidez na mulher é um momento na vida onde acontecem profundas e variadas transformações biopsicossociais, exigindo readaptações na dinâmica da gestante sejam físicas, psíquicas e nas relações com o mundo externo. Nesse processo, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de acordo com o Ministério da Saúde, compreende a participação do acompanhante no pré-natal como um aspecto fundamental enquanto procedimento benéfico para a gestante e seu filho. O presente estudo teve como objetivo identificar a participação do acompanhante da gestante durante o pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde de um município do Rio Grande do Norte, posto como um desafio para o trabalho do enfermeiro. Trata-se de pesquisa do tipo exploratório e descritivo com enfoque qualitativo que utilizou roteiro de entrevista semi estruturada como instrumento para coleta de dados. Foram sujeitos desta pesquisa seis gestantes cadastradas no pré-natal da unidade alvo. A análise dos dados seguiu as diretrizes da categorização analítica proposta por Minayo (1999). Sendo assim, os resultados evidenciaram que mesmo sem terem conhecimento da lei que assegura o direito a um acompanhante durante a gestação, todas as gestantes envolvidas nesse estudo consideram muito importante o acompanhamento de alguém que lhe é próximo, uma vez que as mesmas se sentem mais confiantes e seguras. Mostrou também que a principal justificativa da ausência desse acompanhante refere-se às relações de trabalho dos respectivos companheiros que expressa ser da mulher grávida a responsabilidade do acompanhamento e que, portanto, não é preciso dispensar o marido ou outro parente para acompanhá-la durante as consultas. Diante disso, percebe-se que é de suma importância a divulgação da Lei 11.108 de 2005 por parte dos enfermeiros, como também pensar em estratégias de inclusão do acompanhante durante a assistência pré-natal, já que são estes que atuam mais diretamente com a demanda das gestantes nas Unidades Básicas de Saúde para garantir uma assistência humanizada ao binômio mãe-filho conforme prevê a política de humanização do pré-natal e nascimento.

**Palavras-chave:** Gestante. Acompanhante. Enfermeiro.



## ABSTRAT

Pregnancy in women is a period of their lives where deep and various biopsychosocial transformations happen, demanding readaptation on pregnant's dynamic, whether physical, psychic or in her relation with the external environment. In this very process, the Prenatal and Birth Humanization Program (Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento), according to Surgeon General (Ministério da Saúde), embraces participation of the companion during prenatal as a fundamental feature meaning a benefic proceeding to the pregnant and her child. This study aimed to identify the involvement of the companion of pregnant women during prenatal care of low risk in a primary care unit of a municipality of Rio Grande do Norte, post as a challenge to the nursing work. This is an exploratory research and descriptive qualitative approach that used semistructured interview as a tool for data collection. Were the subjects of this study were six women aged enrolled in the prenatal unit target. Data analysis followed the guidelines proposed by the analytical categorization Minayo (1999). Thus, the results showed that even without knowledge of the law that guarantees the right to a companion during pregnancy, all pregnant women in this study evolved as very important to follow up someone who is close, since they feel more confident and secure. It also showed that the main justification for the absence of accompanying refers to the labor relations of its members who expressed the pregnant woman be the responsibility of monitoring and, therefore, no need to exempt the husband or other relative to accompany her during the queries. Given this, one realizes that it is of utmost importance to promotion of Law 11,108 in 2005 by nurses, as well as considering strategies for inclusion of caregivers during prenatal care, since they are working more directly with demand pregnant women in basic health units to ensure a humanized mother-child policy as envisaged in the humanization of prenatal care and birth.

**Keyword:** Pregnancy. Companion. Nurse

## LISTA DE SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PPGAR	Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
AIS	Ações Integradas de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
OMS	Organização Mundial de Saúde
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1	JUSTIFICATIVA.....	11
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO.....	12
1.3	HIPÓTESE.....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1	GERAL.....	14
2.2	ESPECÍFICOS .....	14
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
3.1	A MATERNIDADE E PRÁTICAS DE SAÚDE EM OBSTETRÍCIA.....	15
3.2	PRÁTICAS DE OBSTETRÍCIA NO BRASIL E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER .....	19
3.3	A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO .....	23
3.4	PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE NO PRÉ-NATAL E ENFERMAGEM .....	25
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>34</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA .....	34
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	35
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	36
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	36
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	37
4.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	37
4.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	38
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>39</b>
5.1	APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES .....	39
5.2	SOBRE A EXISTÊNCIA DE ACOMPANHANTE DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ- NATAL .....	40
5.3	CONCEPÇÃO ACERCA DA PRESENÇA DE UM ACOMPANHANTE DURANTE O PRÉ-NATAL .....	41
5.4	CONHECIMENTO DA LEI QUE GARANTE ÀS PARTURIENTES O DIREITO À PRESENÇA DE UM ACOMPANHANTE .....	42
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Durante o processo gestacional, muitas mudanças acontecem no corpo e na mente da mulher, fazendo com que esse período exija alguns cuidados especiais. Nesse período, torna-se importante a presença de um acompanhante de escolha da gestante, desde as consultas de pré-natal até o pós-parto, uma vez que essa presença lhe garante mais confiança e segurança.

Com o intuito de humanizar o cuidado à parturiente, prestando apoio emocional e físico nesse momento tão íntimo e singular, assim como proporcionar maior segurança e conforto durante todo o processo gestacional, foi criada, em 7 de abril de 2005, a Lei 11.108, que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS da rede própria ou conveniada.

A permanência de uma pessoa junto à mulher acalma, transmite confiança, o que acarreta na redução do tempo de duração do parto, uso de analgésicos e possibilidade de depressão pós-parto, além de conservar um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade aumentando a satisfação da mulher e ajudando-a a desenvolver uma percepção positiva sobre esse evento (DOMINGUES, 2000; LOWNDERMILK, 2002; KITAHARA, ROSSI E GRAZZIOTIN, 2006).

No entanto, a atenção à mulher na gestação e no parto, no Brasil, apesar da evolução, ao longo dos tempos em seu contexto histórico, social, cultural, político e questões de gênero (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; ZAMPIERI, 2006), ainda é um desafio, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (MARTINS, 2004; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Nesse aspecto, o objetivo deste trabalho é o de buscar identificar a participação do acompanhante da gestante durante o pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde de um município do Rio Grande do Norte, posto como um desafio para o trabalho do enfermeiro, uma vez que acreditamos que o profissional enfermeiro possui um papel importante na disseminação de informações e prestação de cuidados, e é seu dever desempenhar sua função fundamentada na humanização, na busca de promover o bem-estar do ser humano, considerando sua liberdade, individualidade e dignidade, na luta para garantir o respeito e execução dos direitos da mulher (COLLAÇO, 2002).

Em nível de estruturação, este trabalho encontra-se dividido em cinco seções. Na primeira, encontra-se a parte introdutória com a justificativa, problematização, hipóteses e objetivos; na segunda, o referencial teórico, que se encontra subdividido em quatro subseções: a maternidade e práticas de saúde em obstetrícia; práticas de obstetrícia no Brasil e o programa de assistência integral à saúde da mulher; a política de humanização; e a participação do acompanhante no pré-natal e enfermagem. Na terceira seção, os procedimentos metodológicos; na quarta, a apresentação e análise dos dados e, por fim, as considerações finais, nas quais afirmamos que a literatura atual não mostra os grandes benefícios do acompanhante no período gestacional, não havendo, em momento algum, fato que acarretem problemas nem para a mãe, que vai parir, nem para a equipe de saúde, e que, portanto, compete ao enfermeiro ou à enfermeira, nesse processo, buscar garantir e assegurar o bem-estar da mulher gestante por meio da sensibilização e divulgação do direito a um acompanhante desde as consultas de pré-natal até o parto.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Nos dias atuais, o modelo de atenção obstétrica predominante no setor suplementar de saúde é marcado pelo alto grau do uso de tecnologia, principalmente no processo de gestação e no parto das mulheres. Entretanto, o modelo tecnocrático vigente não está mais oferecendo a qualidade de saúde de que as mulheres realmente necessitam, ou seja, uma efetiva abordagem de humanização não apenas do parto e do nascimento, mas em todo o processo gestacional. A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2001a).

A condição de que o cuidado humanizado no pré-natal é fundamental para que a mulher se sinta mais segura e tranquila para diminuir a mortalidade materna e fetal, e a importância de um acompanhante no pré-natal, motivaram-nos a estudar tal temática. O cuidado pré-natal favorece as experiências e conhecimentos, além de fortalecer o potencial da mulher para que ela vivencie a gravidez e o parto de forma saudável e natural, tornando-a protagonista no processo de nascimento. Ele também apresenta subsídios para que a gestante

conheça e passe a exercer seus direitos, principalmente o de escolher uma pessoa significativa para acompanhá-la em todo esse processo (ZAMPIERI, 2006).

Desse modo, neste trabalho será considerada como acompanhante da gestante durante o pré-natal toda e qualquer pessoa que, para a grávida, seja de sua confiança e que possa participar da assistência prestada no período.

O interesse ou motivação por essa pesquisa surgiu a partir da minha prática como auxiliar de enfermagem, ao perceber no meu local de trabalho, onde atuo há quatro anos, que as gestantes, mesmo amparadas por lei que lhes garantam o direito de um acompanhante de sua escolha durante o Pré-Natal e parto, comparecem desacompanhadas. Observei também que algumas gestantes demonstram certa ansiedade enquanto aguardam o atendimento, principalmente as primigestas e as adolescentes.

Com a certeza de que o pré-natal humanizado é essencial para uma boa evolução da gravidez e do parto, e para um nascimento mais tranquilo, aliada a minha inquietude enquanto auxiliar de enfermagem, e diante do hiato existente nos caminhos percorridos para a prática efetiva da humanização no pré-natal, constitui-se elemento motivador para este estudo. Portanto, a enfermagem precisa participar dessa discussão para garantir a assistência humanizada no pré-natal de baixo risco e este é o grande desafio do trabalho do enfermeiro nessa área.

## 1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Nas últimas décadas, são muitos e significativos os avanços e progressos tecnológicos e científicos que favorecem o desenvolvimento do ser humano, uma vez que aumentam a sua expectativa de vida e racionalizam o trabalho. No entanto, em virtude desses avanços, alguns acontecimentos na área de saúde são percebidos e sentidos pela humanidade, entre eles a concepção mecanicista da vida, a fragmentação do ser humano, a ênfase na tecnologia e na atenção curativa, entre outras, contribuíram para a desumanização do ser humano (MORIN, 2005).

Atualmente na obstetrícia, o modelo tecnocrata vigente não oferece a qualidade de atendimento à saúde de que as mulheres necessitam e merecem enquanto cidadãs de direito (BRASIL, 2001a).

Ainda de acordo com o MS, dá-se ênfase ao pré-natal e incentiva as gestantes a procurarem o atendimento gratuito através do SUS, e ainda terem um acompanhante de sua escolha. No entanto, isso na prática não ocorre. Todas as unidades básicas de saúde (UBS)

devem oferecer assistência pré-natal frequente, incluindo a realização gratuita de exames laboratoriais, fornecimento de vacinas e medicamentos, dentre outros serviços necessários para o seu bem-estar das gestantes. Todas essas medidas têm como objetivo primordial a melhoria da qualidade de atendimento a elas. Desse modo, uma série de ações foi regulamentada pela Lei 11.108, de abril de 2005, assinada durante a II Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento. O documento ressalta, entre outras coisas, o direito da presença de acompanhante para todas as brasileiras gestantes. Assim, a lei se destaca ao proporcionar melhores condições para a assistência obstétrica (BRASIL, 2001a).

Diante do exposto, elencamos o seguinte questionamento: Qual é a participação do acompanhante da gestante durante o pré-natal de baixo risco, que é assistida por uma unidade básica de saúde em um município do Rio Grande do Norte?

Na perspectiva de Morin (2001), as gestantes e os profissionais da equipe de saúde, envolvidos no processo de cuidar, são seres complexos, seres únicos, diversos, multidimensionais pertencentes a uma espécie, a uma cultura, a uma sociedade e cosmo, carregando ao mesmo tempo a unidade e a diversidade cultural, social e individual. Profissionais, gestantes e familiares são seres inteiros, singulares, que fazem parte de um todo.

### 1.3 HIPÓTESE

O acompanhante da gestante no pré-natal de baixo risco participa de forma insipiente do processo gravídico. Tal fato emerge como um desafio para a enfermagem uma vez que a assistência humanizada ao pré-natal deve garantir o direito da gestante em ter um acompanhante para compartilhar responsabilidades e dúvidas comuns nesse momento singular na vida da mulher.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Conhecer a participação do acompanhante da gestante durante o pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde de um município do Rio Grande do Norte, posto como um desafio para o trabalho do enfermeiro.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar a presença do acompanhante da gestante durante o pré-natal de baixo risco no local alvo dessa pesquisa;
- Descrever as possíveis causas que interferem na participação do acompanhante da gestante durante o pré-natal de baixo risco.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A MATERNIDADE E PRÁTICAS DE SAÚDE EM OBSTETRÍCIA

A visão acerca da maternidade e as práticas de saúde em obstetrícia evoluíram ao longo dos tempos em seu contexto histórico, social, cultural, político e questões de gênero (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; ZAMPIERI, 2006).

Desde os primórdios da humanidade, a gestação, o parto e nascimento dos seres humanos são considerados situações de mobilização pessoal e social envoltos por preconceitos e tabus nos quais apresentavam grandes fascínios e significados uma vez que estava relacionado com a perpetuação e continuidade da espécie humana (ZAMPIERI, 2006).

Na antiguidade, os seres humanos viviam como tribos nômades em busca da sobrevivência. Naquela época, todos os acontecimentos vivenciados pelos homens primitivos eram percebidos como sobrenatural, mágico e religioso. Com o passar dos séculos, os agrupamentos foram se espalhando pelas várias regiões do planeta e foram produzindo as inúmeras tradições e explicações para os fenômenos (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Os mesmos autores esclarecem que, para essas civilizações, todos os fenômenos ocorridos eram decorrentes de causas externas. E, nesse contexto, como era a mulher quem ficava em casa na tarefa de cuidar da cozinha, dos filhos e posteriormente das primeiras plantações, elas passaram também a se encarregar do socorro aos doentes, das rezas, medicamentos e dos partos. Na época, a sociedade era conhecida como “matriarcal”.

Na Idade Média, a instância ideológica dominante era o pensamento religioso, monopolizado pela igreja católica. A medicina, nesse contexto, era exercida por padres. As doenças eram interpretadas das seguintes formas: conforme os pagãos eram provocados pelo diabo ou consequência de feitiçaria; para os cristãos, eram sinais de purificação e expiação dos pecados. Em consequência destes fatos, a terapêutica baseava-se em milagres, por meio da súplica, da mortificação e do arrependimento dos pecados (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Na mesma época, teólogos, estudiosos e intelectuais acreditavam que a debilidade da mulher e a sua submissão ao homem, cujo papel era determinado pela própria natureza. Sendo assim, no período gestacional a mulher não exercia nenhum papel relevante, pois ela era considerada meramente um instrumento essencial para a continuidade da humanidade. Esse pensamento respalda o ideário hegemônico de que possíveis problemas como óbitos

maternais e neonatais tinham como única resposta o castigo divino. Desse modo, os determinantes sociais, históricos, econômicos e culturais da mulher no ciclo gravídico- puerperal eram negados (THOMASSET, 1990).

De acordo com Opta (1990), citado por Zampieri (2006), naquela época, como todas as práticas ligadas à gravidez e ao parto eram de domínio só das mulheres, os homens não tinham direito de optar e nem de se pronunciarem. Durante a parturição, eles eram proibidos de entrarem no quarto em que a mulher estava.

No final do século XIV, as experiências e práticas executadas pelas mulheres em relação ao processo de tratamento de doenças, medicamentos naturais e aos cuidados à gravidez, parto e puerpério, passaram a ser questionados pelos teólogos e médicos da época. Isso ocorreu devido ao medo de que as mulheres passassem a exercer certa dominância no que se refere à medicina natural, popular e feminina e os privilégios masculinos na sociedade, assim como o medo, por parte da igreja, de perder o seu poder hegemônico. Foi a partir daí que desencadeou a perseguição a essas mulheres, que passaram a ser denominadas de ‘bruxas’. Essa perseguição perdurou até o século XVII (FRUGONI, 1990).

Ainda no mesmo período, muitas obras de ginecologia e obstetrícia revelavam o progresso e evolução sobre a fisiologia e anatomia da mulher-gestante que realocava o seu papel de ser guardiã passiva da criança para o de ser protagonista da gestação e de todo o processo de nascimento (ZAMPIERI, 2006).

Ainda de acordo com a referida autora, no final do século XVII, o holandês Regnerus de Graff desenvolveu a teoria ovista, na qual afirmava que “[...] o homem tem sua origem em um ovo que existe antes do coito, nos ovários da mulher, e não em um ovo formado na matriz pela cocção de sementes. Isso colocava em terra a teoria seminista<sup>1</sup>” (ZAMPIERI, 2006, p. 22).

No entanto, quando a teoria ovista atingia o seu ápice, no século XVIII, os espermatozoides foram descobertos pelos estudiosos Luiz de Hamm, Huyghens e Leuwenhoeck. Esse fato restituiu ao homem o seu poder criador (BERRIOT-SALVADOR, 1990 apud ZAMPIERI, 2006).

Graças ao desenvolvimento teórico das ciências sociais no século XVIII, surgiu a elaboração de uma teoria social da medicina e saúde que, Segundo Gutierrez e Oberdiek (2001, p. 20), “o ambiente, origem de todas as causas de doença deixa, momentaneamente, de

---

<sup>1</sup> A teoria seminista sustentava que tanto o macho quanto a fêmea possuíam sementes, de cuja união surgiria o novo ser (ZAMPIERI, 2006, P. 22)

ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas”.

No cenário econômico, principalmente nos países industrializados, houve uma intensificação da reestruturação produtiva, com a introdução de novas tecnologias em setores decisivos da economia, fazendo com que as políticas sociais passassem a contemplar mais as áreas de saúde e educação (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Do final do Renascimento até o Iluminismo, os médicos, mais conscientes da importância do seu discurso, passaram a intervir mais diretamente na moral privada e pública da sociedade, sendo inclusive conselheiros das mulheres, cujas ações não se limitavam apenas aos cuidados de suas fragilidades e desordem, mas também da sua beleza feminina. O seu papel passou a ser reforçado após o reconhecimento da ciência medicina de uma fisiologia e anatomia especificamente feminina (ZAMPIERI, 2006).

O progresso das práticas médicas interferiu na vida das mulheres, uma vez que elas reforçaram a importância da preparação psicológica e os cuidados necessários às parturientes. No entanto, de acordo com Berriot – Salvadore (1990), citado por Zampieri (2006), ao mesmo tempo em que os médicos salvavam as mulheres da maldição e desprezo, consideravam a gravidez e o parto como estados patogênicos que desequilibravam o sistema humoral e desregulavam o equilíbrio psicológico e como momentos de sofrimento e risco, assim como, avaliava todas as representações das debilidades femininas e reforçava o poder dos médicos enquanto profissionais.

Ainda de acordo com a referida autora, foi justamente no século XVIII que os homens começaram a invadir os campos das curandeiras, passando a surgir a obstetrícia. Ainda no mesmo século, com a divisão política e econômica da sociedade em pública e privada, a mulher passou a ficar situada no mundo doméstico, cuidando da casa e dos filhos. Essa divisão limitou a participação feminina na área das ciências. Paralelo ao avanço dos médicos, que reforçavam cada vez a mais a missão da mulher enquanto procriadora vital para a perpetuação da espécie, a Igreja Católica, no século XIX, valorizava e incentivava o papel materno instituindo no mesmo século “o século da mãe”.

Como nesse contexto havia um alto índice de mortalidade materno-infantil, a medicina passou a propor a proteção da mulher, sugerindo a proibição de trabalhos pesados no estado gestacional. Assim, todas as atividades das mulheres grávidas passaram a ser vigiadas e a sua gestação controlada. No entanto, destacamos que a preocupação com os riscos, nesse período, baseava-se somente nas práticas dos cuidados preventivos. Nessa ótica, a mulher que se encontrava no estado de gravidez pouco saía de casa (PAIVA, 2001).

A concepção da gravidez como uma doença e da mulher gestante como paciente perdurou nos séculos XIX e XX. Mas, surgiram mudanças significativas naquela época, que veio a transformar a assistência em obstetrícia. Dentre essas mudanças, podemos destacar: a posição do nascimento de vertical em horizontal – instituída por François Mauriceau; a descoberta do Fórceps, pelo inglês Peter Chamberlen; o aumento da necessidade de mão de obra para poder suprir a demanda de recursos humanos, entre outras. Essas mudanças propiciaram o ingresso das parteiras nos hospitais, o aperfeiçoamento das anestésias e antissepsia e a busca pelo nascimento de forma mais segura, cujas intervenções, ao serem realizadas dentro dos hospitais, passaram a ser realizadas sem a participação direta da mulher e dos seus familiares. A institucionalização dessas práticas hospitalares modificou os cuidados prestados à gestante, ou seja, enquanto as parteiras valorizavam a mulher como protagonista no momento de parir, os médicos encaravam tal momento como mero procedimento que necessitava de profissionais especialistas e competentes (ZAMPIERI, 2006).

No final do século XIX, a luta das mulheres pelos direitos sociais e políticos, cidadania e proteção de forma igualitária não estavam centradas apenas na busca da igualdade entre homens e mulheres, mas também a igualdade entre as próprias mulheres, independente de classe, raça, etnia e a maternidade. No final do século XX, com as várias descobertas científicas e tecnológicas, dentre elas o da prática do anticoncepcional, principalmente da pílula, o que abalou o poder entre os sexos, levaram grande parte do contingente feminino a terem uma maior autonomia e domínio sobre a concepção e a gravidez. A partir daí, a concepção e a gestação passaram a ser parcialmente controladas pelas mulheres, mas a evolução delas ainda estava subjugada aos médicos (ZAMPIERI, 2006).

Com a predominância do parto hospitalar, no século XX, foram estabelecidas normas e rotinas que passaram a controlar o corpo da mulher e dar mais atenção aos bebês, que precisavam nascer sadios para atender, no futuro, a demanda do sistema capitalista. Atualmente, na primeira dezena do século XXI, os avanços iniciados no século passado na tecnologia e medicina continuam: concepção *in vitro*, inseminação artificial, barriga de aluguel, etc –, mas o controle sobre a fecundação, a gravidez e o parto ainda continuam sob jugo de um profissional, geralmente um médico, que é quem conduz todos os procedimentos, sendo que nesse processo é expropriado o direito de a mulher ter informação sobre o processo que está vivendo e de exigir seus direitos sociais, sexuais, reprodutivos e de saúde. Percebe-se, assim, que, apesar dos avanços, ainda persiste a atenção à saúde da mulher centrada no modelo biomédico (ZAMPIERI, 2006).

### 3.2 PRÁTICAS DE OBSTETRÍCIA NO BRASIL E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Não diferente do resto do mundo, na América do sul, especificamente no Brasil, a medicalização da gestação e do parto se dava também de forma gradativa. No período colonial, não havia nenhum modelo institucionalizado de atenção à saúde da mulher nem o interesse por parte dos governantes em fazê-lo. As mulheres índias e negras tinham sozinhas os seus filhos, acoradas na mata ou beira de rios (REZENDE, 2000).

O cuidado com a saúde entre os brancos era exercido pelos boticários. Com relação à gestação e ao parto, esses cuidados eram de responsabilidades das comadres e parteiras, que conheciam os cuidados necessários. Como a maioria dessas mulheres com a arte de partejar, eram negras, caboclas ou portuguesas, cujos valores iam de encontro à moral religiosa da Igreja Católica, esta lutou muito para afastá-las, pois a mesmas eram consideradas como ‘símbolos negativos’ para a sociedade (ZAMPIERI, 2006).

No Brasil Colônia e Império, as atividades de saúde pública eram limitadas às delegações sanitárias e de ação dos boticários, isso porque havia uma enorme carência de profissionais médicos no país. Posteriormente, com a vinda da família real, em 1808, viu-se a necessidade de se organizar uma estrutura básica. Sendo assim, foi fundado nesse mesmo ano, o Colégio Medico Cirúrgico na Bahia e a escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Logo após, o poder médico passou a ganhar espaço e passaram a adotar um pensamento higienista para toda a população. Destacamos que essas escolas, em 1832, foram transformadas em faculdades de Medicina, onde os profissionais formados passaram a receber o título de doutor. Assim, os médicos passaram a estimular cada vez mais para que as mulheres assumissem a sua responsabilidade na sociedade de procriadora e educadora dos filhos, buscando convencê-las de que elas mesmas deixassem valer o seu instinto natural (REZENDE, 2000).

Com a institucionalização dos títulos de doutores em medicina, farmácia e parteira, foi determinado que ninguém mais poderia exercer a prática de cura, botica e partejo sem esse título conferido pelas faculdades. Ressaltamos que, de 1832 a 1945, todas as legislações de ensino das parteiras estavam contidas na legislação da medicina, mas quando foram criados os cursos de enfermagem em obstetrícia e especialização na mesma área, os cursos de parteiras foram extintos. Sendo assim, a partir de 1949, as escolas de enfermagem passaram oficialmente a formar enfermeiros obstetras, tendo estes o direito ao certificado de enfermeira obstetra somente quem já fosse diplomada na área (PONTES, 2002).

As discussões em torno da maternidade possibilitaram o desenvolvimento e a expansão dos médicos a adotarem um tom político-pedagógico e, a partir daí, passaram a exigir a criação de maternidades e a implantação de políticas públicas. Sendo assim, após essas exigências e discussões, foi fundada, em 1904, a maternidade de Laranjeiras, no Rio de Janeiro (MARTINS, 2004).

Insatisfeitos com as condições de saúde que as mulheres grávidas vinham recebendo, alguns médicos começaram a fazer um esboço de uma política de saúde materno-infantil que abrangesse a qualidade dos serviços, a assistência social, a proteção legal às mulheres grávidas e às puérperas, a orientação à mulher para cuidar de seus filhos e a formação de médicos e enfermeiros, que se estendeu por todo o país. Sendo assim, passaram a estimular o parto hospitalar, pautado no discurso moralizador a respeito da maternidade e da proteção às mulheres de todas as classes sociais e do conhecimento científico (MARTINS, 2004).

Ainda de acordo com Martins (2004), a medicalização do processo gestacional e de parir se solidificava no Brasil. Na primeira e segunda década do século XX, vieram a público as primeiras preocupações oficiais com a saúde da mulher, traduzidas em decretos e leis.

Com a ditadura de Getúlio Vargas, em 1930, é criado o Ministério do Trabalho e posteriormente, o Ministério da Educação e Saúde, que passa a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo. Na época, foi estabelecido o decreto 21.147, de 1932, que regulamentavam o trabalho da mulher e as constituições de 1934 e 1937, reforçadas posteriormente pelas de 1946 e 1967, que determinavam a adoção de medidas para diminuir a mortalidade materno-infantil, assegurando o descanso antes e depois do parto, sem alteração de salários e emprego. Paralelo a essas mudanças relacionadas ao trabalho, as políticas públicas de saúde iam se concretizando em programas (ZAMPIERI, 2006).

A institucionalização da atenção à saúde materno-infantil ocorreu com a reforma de Carlos Chagas, desenvolvendo-se posteriormente. As primeiras ações visavam a melhorar o bem-estar de mãe e bebê. Influenciado por experiências americanas, no início dos anos de 30 do século XX, inicia-se no Brasil a estruturação de uma nova organização médico-sanitária, que valorizava a educação como via essencial à saúde. Nesse processo, para proteção médico-sanitária da gravidez e do bebê, passaram a se utilizar de tecnologias como, visitas domiciliares, o estímulo à amamentação natural, a educação da mulher em relação aos cuidados na gravidez e com os bebês, a distribuição de leite às gestantes e nutrizas pobres (MANDU, 2002 apud ZAMPIERI 2006).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que passou a coordenar, em nível nacional, a assistência materno-infantil, culminando com um processo de centralização nas políticas de saúde do Brasil. Entre 1964 e 1973, indo até meados dos anos 80, instituiu-se o modelo de atenção à saúde que privilegiava a assistência médico-curativa, individual, assistencialista e especialista em detrimento do modelo generalista e preventiva. Na década de 1970, voltou-se a falar dos cuidados específicos para gestante/bebê no documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que previa programas de assistência à gestante de alto risco, ao parto, ao puerpério, ao aleitamento materno, a nutrição e de controle de crescimento de criança de 0 a 4 anos (OSIS, 1994 apud ZAMPIERI, 2006).

O período de 1974 a 1979 foi uma fase de mudanças importantes das políticas sociais e de saúde no Brasil. Foi nessa fase que se consolidou o movimento de reforma sanitária no Brasil, e foi também período em que o movimento de mulheres teve uma participação efetiva e importante (BRASIL, 2003).

Em 1977, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR). Esse programa emergiu com a finalidade de normatizar e implementar ações de assistência aos riscos reprodutivos e obstétricos e ao planejamento familiar. No entanto, esse programa foi engavetado por pressão dos sanitaristas, do movimento feminista e da Igreja, que acreditavam que o mesmo fosse para o controle da natalidade (BRASIL, 2003).

Em outubro de 1980, com a realização da Conferência Nacional de Saúde, foi proposta a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV – SAÚDE), que tinha por finalidade expandir a cobertura de cuidados primários de saúde a quase toda população brasileira. Nele, estava contido um amplo programa materno-infantil, mas ele não foi implantado devido à crise econômica do regime militar que o país vivenciava, assim como a falta de interesse dos dirigentes de assistência médica previdenciária. Ainda durante a década de 80, o movimento feminista assume a saúde, especificamente a saúde reprodutiva, que o tinha como tema central de luta, criando, dessa forma, um campo de pressão que visava a melhorias nas políticas públicas. Destacamos que, durante essa década, foram realizadas três conferências internacionais (Washington, Fortaleza e Trieste), com o objetivo de estabelecer consensos sobre as tecnologias mais apropriadas para o pré-natal, parto e nascimento. Em todos esses encontros foi discutida a necessidade de reconhecer o direito da mulher de ter acesso a uma assistência de qualidade e o direito da gestante como partícipe das informações e decisões sobre o seu atendimento (OSIS, 1994 apud ZAMPIERI, 2006).

Após a Conferência Mundial sobre a mulher, na cidade do México, em 1975, e as discussões sobre a temática em 1980, o Ministério da Saúde, incorporando as diretrizes

ligadas à saúde, que eram reivindicadas pelas mulheres e profissionais da área, estabelece o programa denominado Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Esse programa tinha como base filosófica introduzir outros conceitos na atenção à saúde feminina, tais como, integralidade e autonomia corporal. O PAISM, concebido em 1983 e regulamentado em 1986, preconizava ações que ampliavam o atendimento à saúde das mulheres, e que elas passariam a serem vistas não apenas como órgão reprodutivo, mas na sua integralidade em todas as fases da vida de acordo com as características de cada fase. Esse programa apresentava ainda um conjunto de ações educativas, de diagnóstico, preventivas, de tratamento e recuperação que tinha como finalidade a melhoria de vida da população feminina, dando destaque à atenção pré-natal e planejamento familiar (BRASIL, 2004).

O programa enfatizava que o Governo Federal buscava agilizar a atenção à saúde da população em geral, expandindo e consolidando a rede de serviços básicos de prestação de Ações Integrais de Saúde. Constava, portanto, dentre essas atividades, os serviços voltados para o grupo materno-infantil (BRASIL, 2004).

De acordo com Galastro e Fonseca (2005, p. 455), “Desde a sua criação, esta instituição priorizou o atendimento humanizado à mulher e ao recém-nascido, incentivando o parto normal, o alojamento conjunto e o aleitamento materno, em uma constante busca pela otimização de um serviço humanizado e de qualidade”.

Contudo, segundo Serruya, Cecatti e Lago (2004, p. 1281),

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático.

Nesse aspecto, ainda segundo Brasil (2004), isso representou um passo importante, assimilando as ideias da Reforma Sanitária, percorrendo pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, culminando com a Constituição Federal de 1988, que contemplou parte das reivindicações do movimento sanitário.

Atualmente, o PAISM avançou na busca de assegurar os direitos das mulheres grávidas ou não, e é agora legitimado como uma Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher.



### 3.3 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

É imperativo para este estudo falarmos sobre a Política de Humanização no Brasil. Mas, o que é humanização? O conceito de humanização é um termo muito amplo e complexo que tem divergido aos longos dos anos (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O verbo humanizar, no dicionário da língua portuguesa (FERREIRA, 2001, p.369), significa “dar condição humana a; civilizar. Tornar-se humano; humanar-se”. E isso quer dizer tratar o ser humano como tal, que merece respeito e, portanto, um cuidado adequado.

Segundo Abbagnano (1992), a humanização está relacionada à humanidade. Sendo assim pode ser definida como ‘tudo aquilo’ que faz com que um ser seja considerado ‘humano’. Ou seja, tudo que se relaciona aos direitos naturais, de igualdade, dignidade, humana.

Para Ayres (2005, p. 1), a humanização é um compromisso que tem como finalidade a felicidade humana.

A humanização pode ser genericamente defendida como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem Comum.

Nessa ótica, a humanização no cuidado ou atenção à saúde diz respeito à valorização da dignidade humana, entendendo esta não só como uma característica de cada ser humano à medida que é a característica fundamental de toda a humanidade e está na totalidade do humano (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, a proposta da humanização busca reverter um quadro de mecanicismo, automatismo ou tecnicismo, atualmente inerente às relações de trabalho, a partir do investimento na construção de um novo tipo de interação entre os atores da área de saúde, gestores e usuários que sejam sujeitos de todo o processo. Para que essa interação seja implementada, devem ser garantidos (BENEVIDES; PASSOS, 2005):

- o compartilhamento das decisões e responsabilidade;
- a construção coletiva do planejamento e da gestão;

- a construção de espaços de discussão e reflexão, em que se reconheça a importância das dimensões sociais nas práticas de promoção e gestão na saúde.

Com relação à proposição da humanização no pré-natal e parto é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar o momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, sobretudo as suas escolhas. Também na assistência pré-natal, ocorre uma expropriação da autonomia feminina e estão presentes todos os pilares do modelo tecnocrático: as mulheres são vistas como um objeto, fora de qualquer contexto, em que a “máquina” é examinada e não se estabelece nenhum vínculo entre profissional e mulher. As ações praticadas no pré-natal são da autoridade e responsabilidade dos profissionais de saúde que supervalorizam as atividades mais técnicas e mantêm, com intervenções determinadas, a hierarquia e padronização das rotinas (ZAMPIERI, 2006).

Sendo assim, o Ministério da Saúde, preocupado com a melhoria da assistência obstétrica, direitos da mulher e humanização do atendimento, implantou um conjunto de ações, por meios de leis e portarias ministeriais, com o objetivo de melhorar a assistência em saúde. Exemplo disso são os documentos que instituem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2004).

O direito à saúde é um dos direitos fundamentais constitucionais, porém a história das mulheres na sua busca pelos serviços de saúde geralmente é acompanhada de discriminação, frustração e violação dos direitos. Por esta razão, a humanização e a qualidade de atenção implica na promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos, em um marco ético que garanta a sua saúde integral e o seu bem-estar (BRASIL, 2004).

Partindo da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização eram o pano de fundo da má assistência, e tendo a compreensão de que era indispensável propor mudanças no modelo assistencial, mesmo conhecendo as limitações de uma medida vertical, o Ministério da Saúde tomou a decisão de lançar uma estratégia em que a questão da humanização e dos direitos aparecesse como o princípio estruturador e instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. A principal estratégia do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O PHPN apresentava uma estruturação com três componentes: o primeiro tratava da assistência pré-natal; o

segundo componente apresentava as questões relativas à Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal na área hospitalar; e o terceiro componente instituiu nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Essa estratégia deveria ser compreendida dentro de um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica, com o objetivo de contemplar integralmente as instâncias da gestão indispensáveis para alcançar estes objetivos (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, de acordo com o Ministério da Saúde, compreende, ainda, dois aspectos fundamentais: o primeiro, é dever das unidades receberem com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; o segundo, a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

#### 3.4 PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE NO PRÉ-NATAL E O PAPEL DA ENFERMAGEM

Percebemos que o acompanhamento à mulher gestante, durante o trabalho de parto e parto, ocorria no ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira de sua confiança, e apoiada pelos seus familiares. No entanto, a partir do século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxa de mortalidades materna e infantil, ocorreu a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital e, conseqüentemente, a sua medicalização (TANAKA, 1995).

Ainda de acordo com a referida autora, nas maternidades, as mulheres se submetem aos costumes e às normas hospitalares, muitas delas baseadas em evidências científicas, mas também em expectativas sociais e em pressupostos médicos de que a mulher é uma doente e como ela deve se comportar, pois são impostas regras como manterem-se deitadas ao leito, manter o jejum e não deambular.

De acordo com Lowndermilk (2002), geralmente quando as mulheres gestantes são separadas de seus companheiros e familiares, por não possuírem um acompanhante, ao se confrontarem com um ambiente estranho e muitas vezes hostil, por desconhecerem a linguagem técnica dos profissionais e sendo atendidas de forma não individualizada, apresentam insegurança que, na maioria das vezes, levam-na ao medo; e, durante o parto, o

medo leva à tensão, que leva à dor, que aumenta o medo. A presença de uma pessoa de confiança da mulher transmite mais segurança durante este período.

Nessas circunstâncias, a presença do acompanhante pode ajudar na redução da necessidade de medicações para alívio da dor, na redução do tempo de trabalho de parto, do número de cesáreas e dos casos de depressão pós-parto (DOMINGUES, 2000).

No contexto de preocupação com a melhoria da assistência obstétrica de forma humanizada é que foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República a Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei n. 11.108 de 07 de abril de 2005 altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Recomenda-se o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o pré-natal e trabalho de parto. A parturiente deve ser acompanhada por uma pessoa em quem confia e com quem se sinta à vontade (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2005).

Na literatura, o conceito de acompanhante tem sido utilizado para descrever o suporte por diferentes pessoas que possuem características muito distintas, de acordo com o contexto assistencial envolvido, podendo ser profissionais (enfermeira, parteira), companheiro/familiar ou amiga da parturiente. A presença do companheiro durante o trabalho de parto e pós-parto, quando da escolha da mulher, transmite à parturiente a segurança familiar necessária para tranquilizá-la, oferecendo bem-estar físico e psicológico e traz aspectos emocionais referentes à gestação, favorecendo o vínculo familiar (BRASIL/OMS, 1996).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização, nesse contexto, compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora

tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

Destacamos que são consideradas como medidas e procedimentos benéficos principalmente a presença de um acompanhante (companheiro, amiga, mãe ou outro familiar).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1996), para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde em geral, o Ministério da Saúde publicou um guia, denominado Assistência ao Parto Normal: um guia prático, o qual traz recomendações com o intuito de humanizar o atendimento. As dez práticas utilizadas com vistas à humanização do parto e que devem ser encorajadas, recomendam a inclusão do acompanhante, com respeito à escolha da mulher e o encorajamento da participação do pai, conforme estão citadas a seguir:

1. Oferecimento de condições para que os cuidados no trabalho de parto e pós-parto sejam exequíveis e seguros e onde a mulher possa se sentir confiante;
2. Respeito ao direito da mulher de ter privacidade no local do nascimento;
3. Estabelecimento de onde e por quem o parto será realizado, tendo a participação do marido/companheiro ou de um familiar;
4. Respeito à decisão da mulher sobre o local do nascimento;
5. Estabelecimento de suporte empático entre os profissionais da saúde e a gestante;
6. Respeito à escolha da mulher com relação aos acompanhantes durante o parto e nascimento;
7. Fornecimento às mulheres do máximo de informações e explicações que desejarem;
8. Utilização de métodos não invasivos para o alívio da dor, durante o trabalho de parto, como massagens e técnicas de relaxamento;
9. Permitir a liberdade de posição e movimento no trabalho de parto;
10. Desenvolver precocemente o contato pele a pele da mãe e recém-nascido e, oferecer suporte para iniciar a amamentação até uma hora após o parto.

Ressaltamos que no processo de garantia dos direitos adquiridos da mulher gestante é de suma importância o papel do/a enfermeiro/a enquanto profissional de saúde. Mas, para falarmos da importância da sua atuação, faremos uma breve abordagem à profissão de enfermagem.

A profissão de Enfermagem, desde as suas origens, está ligada à noção de "cuidar", noção que se refere à prestação de cuidados e que está relacionada também com a noção de sobrevivência das pessoas. A categoria de enfermagem tem sido alvo de várias tentativas de definição, com o objetivo de poder articular, de forma clara, os papéis e funções

desses profissionais. Apesar da evolução das definições de Enfermagem, não existe, no entanto, uma só definição universalmente aceita (HENDERSON, 1998)

Das definições clássicas de enfermagem, destacamos a definição formulada por Henderson (1998, p. 26), que descreve a função da enfermagem como

ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência.

Segundo essa perspectiva, o enfermeiro deve ajudar o doente na satisfação das suas necessidades, estimulando o auto-cuidado e, em caso algum, substituir a pessoa nas atividades que ela possa realizar por si. Vale salientar que o modelo de Henderson (1998) ainda hoje exerce enorme influência, tanto no contexto da disciplina de enfermagem, como no exercício da profissão.

A revisão da literatura, depois da definição postulada por Henderson (1996), revela um grande número de tentativas para definir com maior exatidão a profissão de enfermagem, algumas das quais passamos a descrever.

Para Boore (1981, p.19), a competência fundamental da enfermagem é "(...) ajudar os indivíduos e grupos a fazê-la funcionar de forma mais ótima, em qualquer estado de saúde em que se encontrem". Ainda segundo esse autor, a enfermagem inclui as funções de cuidar na saúde e na doença, na sua máxima extensão, desde a concepção até a morte. Esse modelo contempla, assim, a importância dos fatores psicossomáticos e psicossociais da vida, que afetam a saúde e a doença. Assim, o objetivo da enfermagem seria, pois, a promoção, conservação e restabelecimento da saúde, dando especial atenção aos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, e com absoluto respeito pelas necessidades e direitos da pessoa a quem se presta esse tipo de serviço. No entanto, sabemos que a prática profissional de enfermagem compreende, atualmente, à educação e pesquisa, administração e à assistência e ao cuidado, uma vez que as primeiras são o corpo de conhecimento para o desenvolvimento da prática e o gerenciamento; a planificação e o projeto que esse conjunto envolve, vem sendo compreendidos como administração da prática profissional de enfermagem, enquanto que a prática assistencial/cuidado consiste no que há de mais expressivo na enfermagem, sendo este o seu propósito primordial e ressaltando que é a prática assistencial/cuidado que diferencia os profissionais de enfermagem dos outros profissionais da saúde.

Corroborando com essa assertiva, Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001) mostra-nos que a enfermagem é um trabalho complexo, combinando três ações básicas, não dissociadas,

ou seja, a educação em saúde, o cuidado e a gerência dos sistemas de enfermagem. Educar é um processo de trabalho dirigido para a transformação da consciência individual e coletiva de saúde, de modo que as pessoas possam fazer escolhas. Cuidar é uma ação com finalidade de transformar um estado percebido de desconforto ou dor em outro estado de mais conforto e menos dor; logo, tem um a perspectiva terapêutica sobre um objeto animado, que tem uma natureza física e social, enquanto que, gerenciar, tem uma finalidade genérica de organizar o espaço terapêutico, desenvolvendo condições para a realização do cuidado, e uma finalidade específica de distribuição e controle do trabalho da equipe de enfermagem.

A enfermagem, como profissão, tem como pilar o conhecimento científico, e é compreendido de modo ampliado em correntes, métodos e técnicas que vão além dos esquemas tradicionais de pesquisa e reconstrói o conhecimento apropriado ao desempenho dos profissionais (TRENTINI; PAIM, 2001). No entanto, não existe em nossa sociedade uma valorização da categoria.

De acordo com Beck (2001), os objetivos do profissional da área de enfermagem giram em torno das atividades inerentes aos cuidados com o paciente e sua família. E esse é um trabalho exigente, complexo e intencional, com particularidades, tais como, a assistência ininterrupta ao paciente nas vinte e quatro horas do dia, a necessidade de se estabelecerem relações interpessoais com colegas, pacientes e seus familiares, e a necessidade de regimentos, normas e rotinas preestabelecidas para cada serviço, dentre outros aspectos.

Ainda de acordo com o autor, as situações vivenciadas por esses profissionais, ao cuidarem de pacientes que requerem cuidados tanto físico, quanto emocional, ficam expostos a riscos de ordem física e psíquica. Essas situações de risco têm um significado personalizado para cada trabalhador, com um mecanismo de defesa também particular. Outro resultado desses aspectos são a satisfação e insatisfação presentes no cotidiano dos trabalhadores, e são importantes na qualidade de vida e trabalho. Positivamente, o trabalho de enfermagem predispõe a formação de mecanismos de defesa, de resistência de enfrentamento, com os quais buscam um relativo equilíbrio para a execução de suas tarefas.

A consulta de enfermagem foi uma conquista advinda de movimentos da categoria e de estudos iniciados na década de 1960 e que, segundo Padilha (1993), se desencadeou nos trabalhos do Comitê de Especialistas da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), durante o XX Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1979.

Mas a consulta de enfermagem foi legalizada em 1986, com a Lei do Exercício Profissional, de nº. 7498/86, que nos mostra no seu art. 11, Inciso I, alínea i, que a consulta de enfermagem é uma das atividades privativa da (o) enfermeira (o). Sendo assim, a consulta de

enfermagem é a atividade diretamente prestada pelo profissional da área ao cliente/usuário, por meio do qual são identificados os problemas de saúde-doença e algumas medidas que contribuam para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação da pessoa (BRASIL, 1986).

Já para Adami (1989, p.10), a consulta de enfermagem é, [...] uma atividade sistematizada que envolve uma relação interativa entre a/o enfermeira (o) e a/o cliente, voltada para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e condição/situação do cliente.

Para Patrício (1995, p. 4), a consulta de enfermagem como nada mais é do que

Um encontro de cuidado de saúde centrado em processos de educação participante, visto que suas ações são baseadas na realidade do sujeito (cliente), considerando suas possibilidades e limitações na relação Ser Humano-Ambiente, tendo em vista a promoção de sua saúde e prevenção de agravos de situações limitantes já existentes.

Nessa ótica, podemos dizer que a consulta de enfermagem pode ser definida como a atividade que é prestada ao paciente, sobre a qual são identificados os problemas de saúde-doença e, logo após, são tomadas algumas medidas resolutivas que visam a sanar e/ou a minimizar a problemática diagnosticada. Essa consulta deve ser composta, inicialmente, pela entrevista visando à coleta de dados, exame físico, diagnóstico de enfermagem, implementação dos cuidados e, posteriormente, a orientação das ações dos problemas encontrados (PATRÍCIO 1995).

Vários autores fazem algumas sugestões com relação à consulta de enfermagem. Vejamos algumas dessas sugestões.

De acordo com Santos (2001), para que haja um bom desempenho na consulta de enfermagem é necessário que haja, especificamente, conhecimento em *semiologia* para se poder fazer o levantamento por meio dos sinais e sintomas relatados, pelo paciente, semiotécnica, em que estão inseridos as diversas técnicas e procedimentos realizados pelo enfermeiro, *uma boa comunicação* entre profissional e paciente, assim como outros conhecimentos na área humana e social, tais como: sociologia, psicologia, antropologia, etc. Patrício (1995) nos sugere ainda que, para a realização e o bom desenvolvimento da consulta de enfermagem, é preciso também que a categoria busque conhecer o perfil dos usuários com os quais vai trabalhar, ter habilidades no processo de relacionamento interpessoal individual e coletivo, conhecer a comunidade e a rede de serviços local e conhecer os conteúdos referentes às questões dos usuários que buscam os serviços.



Para Silva (2005), o que é de suma importância para a realização da consulta de enfermagem é a habilidade que o profissional deve ter para se comunicar tanto de forma verbal como não verbal, pois é nesse processo de comunicação em que geralmente estão inseridas as relações sociais do indivíduo. Sendo assim, as expressões corporais, a fala dita e não dita, entre outras manifestações simbólicas, precisam ser decodificadas, decifradas para que depois seja feito um plano de cuidados coerentes e adequados para cada paciente, de acordo com as necessidades de cada um.

Farias (1998) também corrobora com essas ideias, ou seja, que na comunicação, ao ter sempre um aspecto de conteúdo verbal e um aspecto de relação não verbal, a mensagem deve ser decifrada, pois é na comunicação que estão expressas as forma significantes e simbólicas e é nela que se define a relação.

Padilha (1993) e Santos (2001) acrescentam-nos que, como na consulta de enfermagem, o seu propósito é o de dar assistência ao paciente e sua família e buscar contribuir para uma maior independência dos serviços de saúde, a mesma deve ser de forma holística e com atividade integrada às ações de outros profissionais da área da saúde.

De acordo com as novas propostas do SUS, a população do país não podia conquistar sua saúde apenas por meio da cura das doenças, mas principalmente com a possibilidade de vivenciar um novo processo diferenciado de saúde/doença. Ou seja, por meio de uma intervenção intersetorial na saúde inspirado em experiências de outros países tais como: como Cuba, Inglaterra e Canadá, onde de acordo com Ávila et al (2006), a saúde pública atingiu níveis importantíssimos de qualidades.

Em 1994, o Programa Saúde da Família foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde e, quatro anos após, em dezembro de 1998, tinham sido implantados em 24 estados brasileiros, cobrindo 1.219 municípios. O atendimento do Programa Saúde da Família é uma expansão da atenção primária à saúde da população visando a incutir práticas educativas, preventivas e curativas à população, especificamente aos grupos mais vulneráveis. Nessa ótica, a atenção primária à saúde, além de servir obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência, vai além da intervenção curativa individual, às demandas relacionadas a algumas ações clínicas e às demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação (BRASIL, 2001b).

Para Ávila et al (2006), essas ações devem estar apoiadas em algumas técnicas de diagnóstico e uma síntese de conhecimentos de ações individuais e coletivas, preventivas, educativas, culturais, sociais, assistenciais e também curativas.

Atualmente, o Programa Saúde da Família é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), pois a nomenclatura do programa revela uma atividade com começo, meio e fim. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), essa estratégia pode ser definida como um modelo de atenção que busca o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania que está garantido na CF de 1988 e que tem como finalidade atender a família e seus membros de forma integral e contínua, realizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo assim, seu objetivo principal é o de reorganizar a prática assistencial, passando a focar a família em seu ambiente físico e social.

Ainda de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), essa estratégia busca incorporar e reafirmar os princípios básicos que estão contidos no SUS e que estão estruturados a partir das Unidades Básicas de Saúde, que trabalham com base nos seguintes princípios: *integralidade e hierarquização*, e isso deve estar vinculado à rede de serviços e que seja assegurada a referência e contrarreferência para os serviços básicos e de alta complexidade; *territorialização e cadastramento da clientela*, definem o território a ser trabalhado, cadastrando e acompanhando o público dessa área de abrangência; e *equipe multiprofissional*, composta de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais, a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

Com relação às atribuições específicas do enfermeiro, as Estratégias de Saúde da Família do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), nos mostra:

- a) realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para continuidade da assistência;
- b) planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a ESF;
- c) executar as ações de assistência integral em todas as fases dos ciclos de vida;
- d) no nível de suas competências, executar as assistências básicas, e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- e) realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na ESF, e quando necessário, no domicílio;
- f) organizar e coordenar ações de grupos cooperativos;
- g) supervisionar e coordenar ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem com vistas ao desempenho de suas funções.

Com relação ao papel do enfermeiro enquanto educador em saúde, vimos que uma das ações básicas do profissional de enfermagem está vinculada a uma dimensão de

educador em saúde. Para Pereira (2003), a educação em saúde deve pressupor uma combinação de oportunidades que deve ter como finalidade maior a manutenção e promoção da saúde. Para ela, essa educação deve ser entendida não somente como mera transmissão de conteúdos, e sim como a adoção de práticas educativas que vise à autonomia dos sujeitos envolvidos na condução de sua vida.

Segundo Gazzinelli et al (2005), as Diretrizes da Educação para a Saúde definem Educação em saúde como "uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde". A ação educativa deve abranger percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos, das pessoas envolvidas, não devendo ser concebida como a mera aquisição de novos conhecimentos. Sendo assim, podemos dizer que a educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção e consolidação da cidadania.

De acordo com Lima (1996), os profissionais de enfermagem têm desempenhado um papel importantíssimo na questão da educação e informação em saúde. E é nesse aspecto que o mesmo, durante a consulta pré-natal, visando a assegurar o bem-estar da mulher gestante por meio da sensibilização de um direito a que lhe assiste, que é o de um acompanhante de sua confiança desde o pré-natal até o nascimento, poderá fazer valer na prática esse direito, pois, como já foi visto, a presença do acompanhante no processo gestacional apresentam reflexos positivos para a mulher e seu bebê.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

De acordo com Triviños (2001), existem três tipos de métodos da pesquisa: a quantitativa, a qualitativa ou a quali-quantitativa, devendo ser aplicado o que melhor atender ao objetivo geral, ao objetivo específico e ao delineamento do trabalho.

Para Seabra (2001), o método qualitativo aborda elementos mais profundos nas relações, processos e fenômenos que, muitas vezes, não podem ser identificados por meio de cálculos matemáticos, sendo necessário um maior envolvimento do pesquisador com o respondente. Nessa ótica, a pesquisa qualitativa é mais subjetiva e trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

Portanto, levando-se em consideração os conceitos acima, a presente pesquisa foi analisada sob o enfoque do método qualitativo, que em sua composição teórica nos possibilitou realizar uma análise minuciosa da qualidade dos conteúdos, que foram levantados em nossa pesquisa de campo. A análise qualitativa nos inseriu dentro de uma gama de conteúdos, os quais permitiram explorar os mesmos, alcançando os objetivos propostos (MINAYO, 2004).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO 2004, p. 21).

Quanto a sua classificação, ela foi do tipo exploratório e descritivo e que, de acordo com Vergara (2006, p.47), “(...) não deve ser confundida com leitura exploratória, é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa”.

Desse modo, a pesquisa exploratória tem como principal objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema, visando a torná-lo mais explicativo. Ela deve envolver: pesquisa bibliográfica, entrevista e análises de exemplos que estimulem a compreensão (VERGARA, 2006).

Quanto ao tipo descritivo, ainda de acordo com a referida autora,

(...) expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso em explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (VERGARA 2006, p.47).

Preocupa-se com a descrição de características ou funções e tem como objetivo primordial a descrição de características de determinados fenômenos. No entanto, o pesquisador precisa saber exatamente o que pretende com a pesquisa, ou seja, quem ou o que precisa medir, quando e onde o fará, como fará e porque devera fazê-lo.

#### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

O campo de ação de acordo com Minayo (2004, p. 105), “é o local, a área geográfica onde se realiza a pesquisa, ou seja, o local onde o pesquisador colhe os seus dados, seja ele, instituições de saúde, associações comunitárias, laboratórios, dentre outros”.

Assim, o cenário dessa pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Costa, que fica situada em São Cristovão, zona rural da cidade de Areia Branca-RN. A comunidade onde está inserida esta UBS é de aproximadamente 900 moradores distribuídos em 219 famílias, correspondentes a duas micro áreas. A principal fonte de renda da população é a pesca. A maioria das casas é de alvenaria, restando algumas de taipa. Não existe saneamento básico, as moradias são dotadas de fossas assépticas, sendo que algumas não possuem banheiro e as pessoas utilizam um buraco no quintal para despejar seus dejetos. A água para uso doméstico é canalizada, procedente de poços artesanais existentes na comunidade.

Ressaltamos que o atendimento na UBS é feito por uma enfermeira e um médico, que comparecem à unidade duas vezes na semana, com toda a equipe (dentista, auxiliar de consultório dentário, duas agentes comunitárias de saúde e uma auxiliar de enfermagem). Quinzenalmente há também coleta de material biológico para análise laboratorial, e outros exames como ultrassonografia são referenciados para cidade de Areia Branca.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O foco de atenção desta investigação foram as gestantes cadastradas e acompanhadas pela unidade-alvo deste trabalho e que, no momento da pesquisa, estavam presentes seis usuárias. Todas foram convidadas a participarem deste estudo.

Elas atenderam aos critérios de inclusão, não tendo sido nenhuma excluída.

1. Serem gestantes cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – SISPRENATAL – e estarem frequentando o serviço de pré-natal de baixo risco do local da pesquisa;
2. Aceitarem participar da pesquisa, assinando previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

#### 4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.

Segundo Mattar (2005), a investigação científica, de acordo com a origem dos dados, pode ser classificada como de natureza primária ou secundária.

Dados primários são aqueles que não foram antes coletados, [...], com o propósito de atender às necessidades específicas da pesquisa em andamento enquanto que dados secundários[...] são aqueles que já foram coletados, tabulados, ordenados e, às vezes, até analisados, com propósitos outros ao de atender às necessidades da pesquisa em andamento (MATTAR, 2005, p.134).

Sendo assim, foi realizado, inicialmente um levantamento secundário por meio da pesquisa bibliográfica e documental como forma de conhecer melhor o assunto estudado. Logo após, foi utilizado como instrumento para coleta de dados desta pesquisa um roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE B), que, de acordo com Minayo (2008), é um instrumento para orientar uma “conversa com finalidade”; ele deve ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

#### 4.5. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de setembro do corrente ano, logo após ter recebido autorização da unidade de saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Iniciamos a coleta de dados fazendo o contato prévio com as gestantes, momento no qual foram apresentadas todas as informações acerca do estudo e seus objetivos, bem como às relacionadas à ética de pesquisa com seres humanos, mediante a leitura do TCLE, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Após essas justificativas, foram iniciadas as entrevistas individuais com as gestantes, que se sentiram muito à vontade para responder às questões.

De acordo com Minayo (1999), a entrevista possibilita, através da fala, a revelação dos sistemas de valores, normas e símbolos ao mesmo tempo em que transmite as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

As entrevistas foram gravadas em um MP3, norteadas pelo roteiro já citado. A transcrição das falas levou em consideração o sigilo das entrevistadas, que foram identificadas com o nome de flores: Margarida, Violeta, Dália, Tulipa, Rosa e Orquídea.

#### 4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, o primeiro passo percorrido durante esse processo de análise foi a transcrição, na íntegra, dos depoimentos. Depois foi feita uma codificação para cada gestante visando a manter o anonimato; posteriormente a análise dos dados.

Ressaltamos que os dados foram analisados, a partir da ideia de Minayo (2004), que afirma que as formações de categorias analíticas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais, podem ser consideradas norteadoras para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Nessa perspectiva, a análise dos dados foi constituída como um caminho possível do pensamento e da prática na tentativa de explorar uma dada realidade, tanto na utilização de meios para essa investigação como aperfeiçoamento da aquisição de saberes através do embasamento teórico.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Ressaltamos que, para a realização deste estudo, foram levados em consideração os pressupostos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). A resolução afirma que o participante não precisa se identificar, podendo desistir da pesquisa sem ser sujeito à pena e que o mesmo não terá direito à remuneração. Foi observado também o Capítulo III da resolução 311/07, do Conselho Federal de Enfermagem, que versa sobre o ensino, a pesquisa e a produção técnico-científica dos profissionais da enfermagem (COFEN, 2007).



## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Considerando a coleta de dados por meio de entrevista com o público-alvo desta pesquisa, apresentaremos os resultados e suas análises, ressaltando que fomos buscar apoio na abordagem qualitativa descrita por Minayo (2004).

Os resultados serão apresentados baseados nas questões que nortearam as entrevistas.

### 5.1. APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES.

Participaram deste estudo seis (06) gestantes inscritas no programa de pré-natal da Unidade Básica de Saúde do município de Areia Branca- RN, cuja faixa etária varia de 16 a 39 anos de idade. Destas, quatro gestantes (66,7%) são considerados, pelo Ministério da Saúde, como o período ideal para gestação, ou seja, de 18 a 35 anos. Ressaltamos que uma parcela significativa das gestantes, duas (33,3%) apresentam fatores de risco reprodutivo, segundo o Ministério da Saúde, ou seja, idade inferior a 18 e superior a 35 anos (BRASIL, 2005).

Quanto à condição conjugal, todas as gestantes que participaram desta pesquisa (100%) são casadas. Esse dado nos mostra uma condição social favorável para o apoio ativo por parte do futuro pai, uma vez que pode possibilitar ao mesmo o acompanhamento a sua esposa e futura mãe, assim como o desenvolvimento da sua prole.

Destacamos que todas as entrevistas foram realizadas na própria Unidade de Saúde. Para garantir o anonimato das participantes, elas foram denominadas com o nome de flores: Margarida, Violeta, Dália, Tulipa, Rosa e Orquídea.

No quadro 1 pode-se verificar mais claramente as informações que mostram o perfil de cada uma das gestantes entrevistadas.

Quadro 1. Apresentação das Participantes

Participantes	Idade	Estado Civil	Se já tem filhos	Quantos
Margarida	23	Sim	Sim	2
Violeta	27	Sim	Sim	1
Dália	16	Sim	Não	0
Tulipa	22	Sim	Sim	1
Rosa	30	Sim	Não	0
Orquídea	39	Sim	Sim	1

Fonte: Informações provenientes das entrevistas realizadas em setembro de 2010.

## 5.2 SOBRE A EXISTÊNCIA DE ACOMPANHANTE DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ- NATAL

Quando questionadas sobre a existência de alguém que as acompanhasse durante as consultas de pré-natal, quatro gestantes (equivalente a 66,7%) afirmaram que não são acompanhadas por ninguém e duas (33,3%) revelaram que sim. Das duas (02) gestantes que confirmaram a presença de acompanhante nas consultas de pré-natal, uma (01) era acompanhada pela mãe e outra por um parente, que neste caso, era por uma tia. Esse é um dado positivo, pois expressa que alguém mais próximo da família também está envolvido e conseqüentemente esperando que o processo gestacional seja vivido de uma maneira mais confiante e tranquila.

As demais gestantes que participaram da entrevista alegaram como motivos para a ausência de um(a) acompanhante durante as consultas do pré-natal, o fato dos companheiros/maridos e mãe trabalharem e, por isso, os mesmos não podiam acompanhá-la até a unidade de atendimento. Vejamos alguns dos depoimentos: “Meu marido trabalha fora... Ele trabalha em Tibau e não pode vir” (Margarida); “A pessoa que deveria vir comigo, tá entendendo? Fica ocupada em casa fazendo as coisas, ela é muito ocupada... (Dália); “O motivo da ausência de um acompanhante é porque as pessoas que deveriam vir comigo trabalham, então todas tem uma ocupação... Então... Eu venho só”. (Tulipa); e “É porque realmente meu marido não em tempo, né? Aí eu venho só entende? (Orquídea).

O que podemos perceber é que as relações de trabalho dificultam a participação nas consultas pré-natais, pois não se aceita que o homem falte ao trabalho para dar assistência à sua mulher e ao filho. Ou seja, sabe-se que em nossa sociedade o homem sempre esteve vinculado a um padrão de comportamento cujo papel constitui-se no de provedor e protetor. A delegação do papel de pai sempre esteve num plano mais distante e secundário. Sendo assim, tomar conhecimento da gravidez não vincula necessariamente o homem à paternidade, mesmo quando ela ocorra no contexto de uma relação estável (TSUNECHIRO; BONADIO, 1999).

Ainda de acordo com os autores citados, é baseada nessa ótica que é reforçada a ideia de que as consultas do pré-natal seja um papel exclusivo da mulher, pois quem precisa de cuidados é a mulher grávida, e que ela deve ser capaz de cuidar-se ou ter alguém que cuide dela, mas não necessariamente o seu parceiro.

Diante dessa afirmativa, os dados confirmam que o trabalho é um fator que dificulta a participação dos pais nas consultas pré-natais, isso porque geralmente os horários

das mesmas acontecem no período comercial, tornando-se um obstáculo para os companheiros acompanhá-las.

No entanto, Diniz (2007) afirma que o pai também tem direitos nos serviços de saúde, tais como: participar do pré-natal, receber informações acerca das transformações ocorridas na gravidez – sua evolução, o relacionamento com a mulher, problemas que possam vir a acontecer – e esclarecer as dúvidas que possam surgir nesse período. Desse modo, o homem/pai estará ocupando um lugar que é legitimamente dele e fornecendo à companheira o apoio de que ela precisa.

### 5.3. CONCEPÇÃO ACERCA DA PRESENÇA DE UM ACOMPANHANTE DURANTE O PRE-NATAL

Quando questionadas sobre a sua visão que elas tinham sobre a presença de um (a) acompanhante durante o pré-natal, todas as gestantes (100%) afirmaram que achava muito importante, pois a presença, com certeza, lhes daria mais força, segurança e confiança.

Vejamos o recorte de alguns dos depoimentos: “Eu acho muito importante, pois dá mais segurança a nós gestantes” (Margarida); “Eu acho que dá mais confiança, segurança... Me sinto mais preparada para o que tá por vim” (Violeta); “É muito importante. A gente se sente mais segura... é meu primeiro filho... tá entendendo?” (Dália); “Acho sim, pois a gente sente mais segurança. A gente às vezes esquece de perguntar certas coisas e eles podem perguntar” (Tulipa); “Eu acho super importante, pois minha mãe teve dez (10) filhos, aí como ela já tem experiência, pelos filhos que já teve, eu aprendo bastante coisa com ela. Ela me dá muita segurança” (Rosa) e “Acho importante, principalmente o marido, né não? Mas, ele não tem tempo... Aí eu venho só” (Orquídea).

Lembramos que 33,3% das participantes (duas gestantes) estão grávidas pela primeira vez e que uma delas defende que a presença do marido seria de suma importância durante esse período em que se encontra, mas a mesma insiste em alegar que o seu marido não pode realmente acompanhá-la porque trabalha muito.

O sentimento de segurança e tranquilidade da parturiente está diretamente relacionado à participação não somente do “novo pai”, mas de alguém de confiança na qual ela se sinta emocionalmente segura.

Segundo Kitahara et all (2006), o desconhecimento da linguagem técnica dos profissionais e o ambiente estranho podem provocar insegurança na gestante, fato que leva à

tensão, medo e aumento de dor e com isso, a presença de uma pessoa de confiança (o pai, mãe, parente ou amiga) transmite mais segurança.

Para Bruggemann et all (2007), a presença do acompanhante gera mudanças benéficas na assistência, bem como sentimentos positivos e emoção, fortalecendo as ações rotineiras de humanização na instituição. O Ministério da Saúde reconhece os benefícios e a ausência de riscos relacionados à presença de um acompanhante no momento do parto, recomendando esforços para que todas as parturientes tenham uma pessoa de sua escolha, durante o trabalho de parto e pós-parto, para dar-lhe segurança e conforto. Cabe destacar que esse tipo de apoio não acarreta ônus para a instituição ou para a mulher. Assim, a condição socioeconômica não é um fator que possa limitar ou impedir a sua efetivação, principalmente na rede pública (BRUGGEMANN et all, 2007).

O reconhecimento dos direitos humanos na assistência ao parto, tem sido registrado em vários documentos internacionais, como o publicado pela OMS em 1996, que determina que todas as mulheres têm o direito de tomar decisões sobre sua própria saúde, livre de coerção e de violência, baseado na mais completa informação e o direito de ter acesso aos serviços e informação de qualidade durante seu período gravídico-puerperal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

#### 5.4 CONHECIMENTO DA LEI QUE GARANTE ÀS PARTURIENTES O DIREITO À PRESENÇA DE UM ACOMPANHANTE

Quando questionadas sobre o conhecimento do direito ao acompanhante no pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, menos da metade das mulheres (16,7%) declararam que tinham esse conhecimento, em contra ponto, a maioria delas – cinco – (o equivalente a 83,3%) afirmaram não conhecer este direito.

Observamos que a minoria das gestantes conhece o direito a um acompanhante durante seu período gestacional no que se refere ao pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, enquanto que a maioria desconhece. Destacamos que 66,7% das gestantes, mesmo estando na segunda gestação, com intervalo entre uma e outra inferior a aproximadamente 3 anos, ainda desconheciam a Lei, mesmo tendo tido a oportunidade de ter contato com a informação em um período anterior, já que a Lei foi promulgada no ano de 2005.

Nota-se que as áreas que mais deveriam informar a gestante sobre este direito, como é o caso das Unidades Básicas de Saúde e profissionais de saúde, consideradas fontes fidedignas de informação, não o fazem de maneira eficaz ou não o realizam.

Os estudos referentes à Lei 11.108 de abril de 2005 (AVILA et all, 2006; ZAMPIERI, 2006) revelam um déficit incluso majoritariamente na cidadania e no processo de educação em saúde, apresentando elevado índice de mulheres sem informação sobre a Lei e seus direitos, continuando a mercê das normas institucionais e da equipe de saúde quando necessitam de atendimento no processo de nascimento, perdendo sua autonomia perante esta experiência.

Ao analisarmos sob o âmbito dos direitos humanos, percebemos que o direito à informação, um dos direitos mais violados para a população em geral e, especialmente neste caso das mulheres gestantes quanto ao seu direito à presença de uma acompanhante durante o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto são desrespeitados.

A má qualidade da interação entre profissionais de saúde e mulheres pode comprometer a segurança do parto e a saúde materna e perinatal. A falta de informação da população sobre seus direitos humanos fortalece a prática obstétrica atual caracterizada pela despersonalização feminina, impessoalidade e intervencionismo (REZENDE, 2000).

O primeiro passo uma mudança no paradigma assistencial no Brasil e para melhoria da qualidade da assistência é o respeito à mulher e seus direitos. Somente quando as mulheres são detentoras de informações relacionadas ao seu corpo, ao ciclo gravídico-puerperal e aos seus direitos, tornam-se capazes de participar ativamente do seu próprio processo de parturição.

Diante deste contexto, como o atendimento ao pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde são desenvolvidas pelos enfermeiros por meio de consultas, cabe a estes instigarem essa discussão visando à garantia ao direito à mulher gestante a assistência humanizada no pré-natal.

Segundo Zampieri (2006), a consulta de enfermagem na gravidez ou consulta de pré-natal é prestada à mulher durante a gestação, buscando cuidar da saúde do binômio mãe/filho e acompanhante, preparando-os para exercer os novos papéis de forma tranquila e saudável.

A consulta de pré-natal representa, para a gestante, não somente a oportunidade de confirmar a evolução da gestação, mas também momento de apresentar suas dúvidas, temores e sentimentos a respeito da gravidez, do parto e da maternidade e à busca do apoio profissional (AVILA et all, 2006).

Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional dedicar-se a escutar as angústias e expectativas, transmitindo neste momento, apoio às gestantes e acompanhantes para que se fortaleçam e possam conduzir a gestação e outros momentos do processo de nascimento (BRASIL, 2000).

Se o Programa de Humanização do Parto e Nascimento/SIS-Pré-natal sistematiza um atendimento mais humanizado para as mulheres, antes do parto, e se este tipo de assistência traz maior segurança à mãe e ajuda-a a diminuir os altos índices de mortalidade neonatal e de prematuridade (BRASIL, 2001a), os profissionais de saúde têm papel extremamente importante nesse processo, colocando seus conhecimentos em prol dessas usuárias, estando disponíveis e assumindo compromisso com a sua saúde. Para tanto, a equipe de saúde deve estar capacitada, ter segurança técnica, estar atualizada e ter embasamento científico. Deve estar sintonizada com novas propostas e experiências, com novas técnicas e, principalmente, reconhecer que a grávida é a condutora do processo, sendo sua participação essencial (ZAMPIERI, 2006).

Durante a consulta e contatos com a gestante, a categoria de enfermagem deve estar atenta aos seus chamados expressos muitas vezes pelo não dito, por olhares, gestos, posturas e reações. Pois, na consulta de enfermagem, ocorrem trocas de vivências nas quais o/a enfermeiro/a estão prontos a ajudar. O/A enfermeiro/a recebe, ouve, toca, acolhe, faz-se presente, identificam-se, parte do conhecimento da gestante, favorecendo a expressão de sentimentos, dúvidas e experiências da gestante. Implica numa comunicação autêntica, seja verbal ou não, com chamados e respostas. O enfermeiro e enfermeira devem estar atentos, saberem ouvir o não dito, estarem abertos, captarem os anseios e, em conjunto com os envolvidos, buscar ações que facilitem a vivência desse momento, assim como, estimular a presença ativa de um acompanhante desde as consultas de pré-natal até o parto (ZAMPIERI, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo propiciou responder ao questionamento acerca do que seria a participação do acompanhante das gestantes durante as consultas de pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde do RN. O mesmo tinha como objetivos principais conhecer essa participação, assim como identificar a presença do acompanhante da gestante durante o pré-natal de baixo risco na unidade de saúde – local-alvo dessa pesquisa – e descrever as possíveis causas que interferem na participação do acompanhante.

O estudo nos mostrou que a participação do acompanhante das gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde pesquisada ocorre de forma insipiente, ou seja, das seis gestantes que participaram dessa investigação, somente duas são acompanhadas por alguém da família. Diante desta assertiva, e sendo conhecedora do contexto estudado, após análise do referencial teórico, ficaram evidentes os vários benefícios associados à presença do acompanhante no processo de gestação, parto e nascimento. Entendemos que todos os profissionais de saúde, devem somar esforços com o objetivo de estimular essa prática. Nesse processo que o enfermeiro (a), em especial, pelo contato mais frequente e direto com a gestante, tem uma responsabilidade indiscutível e prioritária como facilitador. Mesmo que isso signifique a necessidade de alterar atribuições e rotinas, incluir programas de estimulação e preparo de educação permanente para o ensino e prática destas atividades.

Os(As) Enfermeiros(as) devem ter a consciência de que, agindo assim, estarão alcançando seu maior objetivo, que é o cuidado do ser humano de forma integral, holística, e que estarão contribuindo para que a experiência da mulher em gestar e parir seja mais feliz e ofereça uma melhor qualidade de vida ao novo ser que está sendo recebido e, com certeza, para a nova família que surge.

Durante o decorrer deste estudo, verificamos que os nossos resultados convergem para a discussão implementada pelos autores citados e estão direcionados para valorizar a participação do acompanhante durante o pré-natal de baixo risco.

Verificamos também que as gestantes que participaram desta pesquisa consideram de suma importância a presença do acompanhante durante as consultas do pré-natal, uma vez que o acompanhante lhe dá maior confiança e segurança. A pesquisa demonstrou também que o principal motivo que dificulta a participação do acompanhante durante as consultas de pré-natal são as relações de trabalho, uma vez que estas não aceitam que o homem ou outro parente falte ao trabalho para poder acompanhá-la até a UBS.

Dessa forma, devemos oportunizar o conhecimento acerca da lei e do direito do acompanhante para fazer valer nossos direitos enquanto cidadãos. Ter a consciência de que só assim poderemos humanizar os atendimentos principalmente os prestados pelo SUS em nível da atenção básica que cabe a maioria da população.

No entanto, sabemos que a mudança rumo à garantia por esse direito não perpassa somente por uma categoria, mas por todos os profissionais de serviço de saúde e todos os demais envolvidos no processo. Daí o maior desafio para a categoria de enfermagem.

Ressaltamos que este trabalho propiciou-nos uma reflexão importantíssima, enquanto pessoa e futura enfermeira, uma vez que a pesquisa estimulou-nos a ampliar nossos conhecimentos na área, fortalecendo uma visão crítica sobre o tema, propiciou conhecer as ações que o enfermeiro(a) pode realizar na educação em saúde e a importância desse profissional junto à comunidade. Possibilitou-nos também, compreender bem melhor um momento tão especial na vida de uma mulher, uma fase cheia de dúvidas, medos, mitos e contradições.

Reconhecemos as limitações deste trabalho e compreendemos que mais estudos relacionados a essa temática devam ser realizados, uma vez que a mesma provoca muitas discussões. Esse aspecto possui uma relevância para a enfermagem na política atual de humanização do parto, tendo em vista o compromisso assumido na prática assistencial, centrado na mulher, com autonomia. Além disso, proporciona um despertar para o papel que o profissional de enfermagem deve assumir no desenvolvimento da cidadania da mulher durante o nascimento e na saúde reprodutiva, além de sugerir um repensar assistencial pautado no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN – preconizado pelo Ministério da Saúde.

Nessa ótica, recomendamos, através deste estudo, uma maior divulgação sobre a Lei 11.108, de abril de 2005, e a elaboração de estratégias para que a categoria de enfermagem possa realmente fazer valer em prática essa lei.



## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1992

ADAMI, N. P. et al. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 2, n.1, p. 9-12, mar.1989.

AYRES, J.R de C.M, **Hermenêutica e humanização nas praticas de saúde**. **Cienc. e saúde coletiva**, RJ. V. 10, n. 3, 2005

ÁVILA, S. M. N; AYRES, R. C. V; PEREIRA, S. A. O.; VALENTIM, W. Acolhimento no PSF: Humanização e solidariedade: O mundo da saúde em São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: < [http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/35/acolhimento\\_psf.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf)>. Acesso em 11 de jun de 2010.

BRASIL, Lei no 7.498 de 25 Junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, p. 9273-9275, 26 jun. Seção I. 1986.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno Infantil. **Programa de Assistência a Saúde da Mulher**. Assistência Pré-natal: Manual Técnico, 3 ed. Brasília - DF, 2000.

\_\_\_\_\_. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**, Brasília: Ministério da Saúde, 2001a

\_\_\_\_\_. **Manual de enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Manual Técnico. Brasília (DF); 2005.

BECK, C.L.C. **O Sofrimento do trabalhador:** da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem. Teses em enfermagem, Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, n. 29, 2001.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BOORE, J.R.P. The physical science in nursing, in P.J. Smith. **Nursing science, in nursing practice.** London: Butterworths. 1981

BRUGGEMANN, O. M., OSIS, M. J. D. e PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Revista de Saúde Pública**, 2007, disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>.> Acesso em 11 de jun 2010.

COFEN, Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em <<http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>> Acesso: 11 de jun 2010.

COLLAÇO, V. S. **Parto vertical** – vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Santa Catarina: Cidade Futura, 2002.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Lei nº 11108, de 07 de abril de 2005.** Brasília (DF), 2005. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 13 de jun. 2010.

DINIZ CSG. **O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto.** 2003. Disponível: <<http://www.fm.usp.br/departamento/mpr/pdfgesta.pdf>.> Acesso em 13 de jun. 2007.

DOMINGUES, R. M. S. Suporte emocional no Parto, **Saúde em Foco**, Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, v. 20, ano IX, p. 55-60, 2000.

FARIAS, J. N. de. **Diagnóstico de Enfermagem:** uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta, 1998.

FERREIRA, A. B. H. Miniaurélio Século XXI nas Escolas. **Minidicionário da Língua Portuguesa.** 4 ed. RJ: Nova Fronteira, 2001.

FRUGONI, C. A mulher nas imagens, a mulher imaginada. In: PERROT, M, DUBY, G. **História das mulheres no ocidente- Idade Media**. Porto: Afrontamento. V. 2. 1990

GALASTRO, E. P.; FONSECA, R. M. G. S. da. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2007, vol.41, n.3, pp. 454-459

GAZZINELLI, M. F; GAZZINELLI A. R.C; PENNA C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**. 2005.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. L.. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. pp. 01-25.

HENDERSON, V. (1966). **The nature of nursing**. New York: Mcmillan. IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. São Paulo: Edgard Blücher, 1998.

KITAHARA, R. H; ROSSI, S; GRAZZIOTIN, M. C. B. (2006). **Participação do pai na gestação, parto e nascimento, uma questão de cidadania**. Disponível em: <[www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista\\_enfermagem/artigo076.pdf](http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo076.pdf)> Acesso em 13 de jun 2010

LEOPARDI, M.T.; GELBCKE, F.L.; RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LIMA, M. A. D. S. Educação em Saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. V.17, n.2, p. 87-91, jul. 1996.

LOWDERMILK, D. L. **O cuidado de enfermagem materna**, 5 ed., Porto Alegre: Artemed, 2002.

MARTINS, A.P.V. **Visões do feminino: medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1999.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários a educação do futuro.** São Paulo: Cortez, Brasília, UNESCO, 2001

\_\_\_\_\_. Edgar. **O método 6. Ética.** Porto Alegre: Sulina, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático.** Genebra (SUI): OMS: 1996

PADILHA, M. I. C. S. A aplicabilidade da teoria do autocuidado na consulta de enfermagem: proposta de um modelo. **Hospital – Adm. E Saúde** – v.17, n. 4, jul./ago. 1993.

PAIVA, M. S. A produção do conhecimento numa perspectiva feminina. In: OLIVEIRA, F. B; FORTUNATO, M. L.. **Ensaio. Construção do conhecimento, subjetividade, interdisciplinaridade.** João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2001.

PATRÍCIO, Z. M. **Consulta de enfermagem: um encontro participante de cuidado de educação em saúde.** Texto adaptado do trabalho “Consulta de Enfermagem”, apresentado no Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho UFSC/1990. Florianópolis, 1995.

PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: **Ensinando a cuidar em Saúde Pública.** Difusão, São Paulo, 2003.

PORTELA, G. L. **Pesquisa quantitativa ou qualitativa, eis a questão.** VI Encontro de pesquisa da pós-graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana Unincor, Bahia 2008. Disponível em: < [www.portais.unincor.br/novapos](http://www.portais.unincor.br/novapos)> Acesso em: 13 de jun.2010.

PONTES, R. de C. Resgatando a história da enfermagem obstetricano Brasil. **BOLETIM ELETRONICO VIDA.** Ano III nº 1 jan/juh 2002.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SANTOS R. B. **Autocuidado, trabalho e diabetes mellitus: uma abordagem de enfermagem.** 2001. [tese de doutorado] São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/ UNIFESP; 2001.

SEABRA, G. de F. **Pesquisa científica: o método em questão.** Brasília: UNB, 2001.

SERRUYA, S. J; CECATTI; LAGO, T.D.G J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré- natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Materna Infantil**. Recife, v.4, n. 3, jul/set.2004

SILVA, H. M. Programa de assistência ambulatorial de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2005

TANAKA A.C.A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. 1v. 100p.

THOMASSET, C. Da natureza feminina. In PERROT, M; DUBY, G. **Historia das mulheres no ocidente-idade media**. Porto: afrontamento, 1990.

TRENTINI, M.; PAIM,L. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 11- 31, jan./abr. 2001

TRIVIÑOS, A. N. S.. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

TSUNECHIRO M.A, BONADIO I. C. **A família na rede de apoio da gestante**. Família, Saúde e Desenvolvimento. 1999;

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências. (Dissertação de doutorado) Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2006

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, intitulada **Participação do acompanhante durante o pré-natal: desafio para a enfermagem**, que será desenvolvida por **Maria Tavares Guerreiro Davi**, aluna (pesquisadora participante) do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da Professora (pesquisadora responsável) **Lorrainy Solano**, apresenta como objetivos: Conhecer a participação do acompanhante da gestante durante o pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde de um município do Rio Grande do Norte posto como um desafio para o trabalho do enfermeiro; Como também, Identificar a presença do acompanhante da gestante durante o pré-natal de baixo risco no local alvo dessa pesquisa e descrever as possíveis causas que interferem na participação do acompanhante da gestante durante o pré-natal de baixo risco.

O interesse por essa pesquisa surgiu a partir da experiência como auxiliar de enfermagem, ao perceber no local de trabalho que as gestantes mesmo amparadas por lei que lhes garante o direito de um acompanhante de sua escolha durante o Pré-Natal e parto, comparecem desacompanhadas. Algumas destas gestantes demonstram certa ansiedade enquanto aguarda o atendimento, principalmente as primigestas e as adolescentes. Com a certeza de que o pré-natal humanizado é essencial para uma boa evolução da gravidez e do parto e para um nascimento mais tranquilo, aliado a inquietude, enquanto auxiliar de enfermagem, diante do hiato existente nos caminhos percorrido para a prática efetiva da humanização no pré-natal, constitui-se elemento motivador para esse estudo.

Diante do exposto, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos que o referido estudo não apresenta nenhum risco físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de entrevista individual gravada em MP3 norteadas por um roteiro. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua contribuição na realização dessa pesquisa.

---

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Declaro também que as pesquisadoras me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE<sup>2</sup>.

Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

---

Profª Esp. Lorrainy da Cruz Solano  
Pesquisadora Responsável<sup>3</sup>

---

Maria Tavares Guerreiro Davi  
Pesquisadora Participante

---

Participante da Pesquisa

---

<sup>2</sup> Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777

<sup>3</sup> Av. Presidente Dutra, 701 Alto de São Manoel – Mossoró/RN CEP 59628-000 Fone/Fax : (84) 3312-0143 E-mail: [lsolano@facenemossoro.com.br](mailto:lsolano@facenemossoro.com.br).

**APÊNDICE B****ROTEIRO DA ENTREVISTA**

Entrevista nº: \_\_\_\_\_

1 Idade: \_\_\_\_\_

2 Estado civil: \_\_\_\_\_

3 Já possui filhos?

 Sim  Não

Em caso afirmativo, quantos? \_\_\_\_\_

4 Existe alguém lhe acompanhando durante as consultas de pré-natal?

 Sim  Não

5 Em caso afirmativo, qual sua relação com essa pessoa?

 Marido Amigo/a Parente Outros: \_\_\_\_\_

6 Em caso negativo, qual seria o motivo da ausência de uma acompanhante durante o seu pré-natal?

---



---



---

7 Você acha importante a presença de um acompanhante durante o pré-natal?

 Sim  Não

8 Por quê?

---



---



---

9 Para os casos em que não há a presença de um acompanhante, em sua opinião quais seriam os motivos que dificultam o acompanhamento?

---



---



---

10 Você sabia que existe uma Lei que determina um acompanhante à gestante durante o pré-natal?

 Sim  Não



## ANEXO


**FACULDADES DE ENFERMAGEM  
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**


Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no  
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.  
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no  
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.


**CERTIDÃO**

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 12/08/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "**Participação do acompanhamento durante o pré-natal: Desafio para a enfermagem**", protocolo número: 131/2010 e CAAE: 3524.0.000.351-10, da orientadora: **Lorrainy da Cruz Solano** e da aluna: **Maria Tavares Guerreiro Davi**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/11/2010, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa 08 de Novembro de 2010

  
Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.  
Ana Lúcia do Nascimento Pereira  
Vice-Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

**Rosa Rita da Conceição Marques**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE